



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Tratamiento desde Terapia Ocupacional de un caso de Demencia tipo Alzheimer

Autor: Magaña Hernández, Paula

Tutor: López de la Fuente, M^aJose

Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Terapia Ocupacional

2013

RESUMEN

La demencia es uno de los principales problemas de salud de la población anciana en la actualidad, siendo 600.000 personas las que actualmente la sufren en nuestro país.

Es una enfermedad que afecta principalmente las funciones cognitivas, pero también se ven afectadas la funcionalidad, las actividades de la vida diaria y las relaciones interpersonales del paciente.

El tratamiento desde TO se dirige a mantener y potenciar las capacidades residuales así como la calidad de vida. Es importante actuar sobre el ambiente y la comunidad, ya que el medio en el que se encuentre el paciente influye de forma notable sobre su estado de salud.

Uno de los factores más importantes a la hora de trabajar con una persona con enfermedad de Alzheimer es su cuidador, ya que es la persona en la que confía, que le conoce y va a llevar a cabo las pautas del TO en su vida diaria. Por lo tanto es tan importante trabajar con el cuidador como con el enfermo.

Desde este trabajo, vamos a llevar a cabo una intervención desde TO a una persona que presenta demencia tipo Alzheimer y su cuidador, en un periodo de tres meses. Con ello queremos demostrar los efectos positivos que tiene la TO tanto para el enfermo como para su familiar, y los beneficios que ésta puede aportar.

Palabras clave: terapia ocupacional, demencia, Alzheimer, cuidador, deterioro cognitivo.

ÍNDICE

Introducción.....	Pág. 4-6
Objetivos.....	Pág. 7
Metodología.....	Pág. 8-12
Desarrollo.....	Pág. 13-17
Conclusiones.....	Pág. 18
Bibliografía.....	Pág. 19-21
ANEXO 1.....	Pág. 22
ANEXO 2.....	Pág.22
ANEXO 3.....	Pág. 23
ANEXO 4.....	Pág. 24-25

INTRODUCCIÓN

La demencia es un síndrome caracterizado por el deterioro de las funciones cognitivas^{1, 2, 3, 4} tales como memoria, lenguaje, praxis y gnosia. También se ven afectadas otras como orientación, atención, cálculo, capacidad ejecutiva y pensamiento.^{1, 2, 3, 5} Interfiere en las actividades de la vida diaria del paciente, en su funcionalidad y en sus relaciones interpersonales.^{1, 2, 3, 5, 6} Además puede producir cambios en la personalidad y conducta de la persona afectada.^{1, 2} La mayoría de los investigadores están de acuerdo en que es una enfermedad crónica y degenerativa.^{3, 6}

Según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV-TR) los criterios diagnósticos de la demencia tipo Alzheimer:

1. Presencia de múltiples déficit cognoscitivos manifestados por: deterioro de la memoria y presencia de una de las alteraciones cognoscitivas (afasia, apraxia, agnosia y alteración de la ejecución).
2. Los déficit cognoscitivos (valorados en el punto 1) provocan deterioro significativo en la actividad laboral o social y representan una disfunción importante del nivel de la actividad.
3. El curso de la enfermedad se caracteriza por un inicio gradual y un deterioro cognoscitivo continuo.
4. Los déficit cognoscitivos (valorados en el punto 1) no se deben a ninguno de estos factores: otras enfermedades del SNC que provocan déficit de memoria y cognoscitivos; enfermedades sistémicas que pueden provocar demencia.
5. Los déficit no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.
6. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno psiquiátrico (como por ejemplo: trastorno depresivo mayor, esquizofrenia)

Además especifica dos tipos de demencia tipo Alzheimer:

- A. De inicio temprano: a los 65 años o antes. Se puede padecer otro tipo de trastornos (delirium, ideas delirantes, estado de ánimo depresivo) siempre que se sobreañadan a la demencia.
- B. De inicio tardío: después de los 65 años. Se puede padecer otro tipo de trastornos (delirium, ideas delirantes, estado de ánimo depresivo) siempre que se sobreañadan a la demencia.

Es importante añadir en el diagnóstico si existe algún tipo de trastorno de comportamiento en la persona enferma.⁷

Los trastornos cognitivos son uno de los principales problemas de salud en los ancianos.^{1, 6, 8, 9} La prevalencia de la demencia se dobla cada cinco años entre los 64-84 años, siendo un 10% las personas mayores de 65 años que sufren esta enfermedad en nuestro país.^{8, 10} La frecuencia de padecer esta

enfermedad se incrementa rápidamente entre los 65 y 85 años.^{1, 2, 8, 10} La incidencia y prevalencia de la demencia es mayor en la mujer.^{8, 10, 11}

Dentro de los trastornos cognitivos, la enfermedad de Alzheimer es la causa más común de demencia (DTA) en personas mayores de 65 años, siendo el 50-70% las personas diagnosticadas.^{2, 12, 13}

Actualmente en España existen cerca de 600.000 personas con demencia, lo que supone una incidencia de 69 ' 2 y 47 ' 6 casos por 1000 personas/año.^{10, 11} Se estima que en el mundo hay 24 ' 3 millones y cada año se suman aproximadamente 4 ' 6 millones de nuevos casos. Algunas investigaciones establecen que para el año 2040 habrá en el mundo 81 ' 1 millones de personas con demencia.¹²

El tratamiento de estos pacientes requiere un abordaje integrador, en el que todos los profesionales sanitarios que intervienen en el cuidado de la persona mayor aporten sus conocimientos específicos para ayudar a mejorar la salud y la calidad de vida del anciano, trabajando sobre los problemas físicos, psíquicos, mentales y sociales que conlleva la enfermedad. El equipo multiprofesional está formado por: médico de atención primaria, médico geriatra, psiquiatra, psicólogo, personal de enfermería, auxiliar de enfermería, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta y trabajador social. En cuanto al tratamiento farmacológico, los medicamentos más utilizados son los llamados inhibidores de la colinesterasa.^{1, 2}

Desde el punto de vista de la Terapia Ocupacional (TO), es importante actuar sobre el ambiente y la comunidad, ya que el medio en el que se encuentre el paciente influye de forma notable sobre su estado de salud.^{9, 15, 20} El tratamiento desde TO se dirige a mantener y potenciar las capacidades residuales así como la calidad de vida.^{4, 13, 21} Dentro del tratamiento rehabilitador debemos ocupar al paciente en actividades donde se trabajen la memoria y otras capacidades, ya que esto ayudará a mejorar la funcionalidad en su vida diaria.^{2, 9, 20} Hay un punto en el que debemos hacer mayor hincapié, trabajar las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD).^{13, 21} Llegamos a la conclusión de que el tratamiento desde TO en personas que sufren enfermedad de Alzheimer implica el trabajo en habilidades de autocuidado, comunicación, movilidad y seguridad.²²

Uno de los factores más importantes a la hora de trabajar con una persona con enfermedad de Alzheimer es su cuidador, ya que es la persona en la que confía, que le conoce y va a llevar a cabo las pautas del TO en su vida diaria.^{14, 15, 16, 17} La mayoría de los autores están de acuerdo en que es el que soporta toda la carga de la enfermedad, por lo que puede sufrir un síndrome llamado "Burn-Out",^{16, 17, 18, 19} siendo las mujeres cuidadores las

que tienen más riesgo de padecerlo.^{17, 18} El hecho de cuidar a una persona con demencia conlleva cambios en la familia, la vida personal y la vida laboral del cuidador principal, que junto con el síndrome del cuidador, provocan en éste cambios psicológicos y fisiológicos.^{6, 12, 16, 19} Algunos de los factores de riesgo de sobrecarga del familiar son: vivir solo con el enfermo, sin otra actividad; no disponer de familiares en el entorno cercano; intensidad de la demencia; ausencia de formación e información; trastornos conductuales del paciente.^{16, 19}

Por lo tanto es tan importante trabajar con el cuidador como con el enfermo, enseñándole estrategias y educándole sobre los aspectos más importantes de la enfermedad. Proporcionándole y ofreciéndole apoyo cuando lo necesite.^{5, 15, 16}

OBJETIVOS

Objetivos generales:

- Mantener el grado de independencia de la paciente así como sus capacidades cognitivas conservadas.
- Conservar, restablecer y mejorar la autonomía e independencia funcional.
- Frenar el deterioro progresivo de la enfermedad el máximo tiempo posible.
- Aliviar la carga del cuidador.

Objetivos específicos:

- Estimular y mantener las capacidades mentales.
- Potenciar las relaciones interpersonales.
- Incrementar la autonomía personal en las actividades de la vida diaria.
- Potenciar la atención en la realización de las actividades.
- Trabajar la memoria con diferentes tipos de ejercicios.
- Adiestras en AVDs.
- Mejorar el rendimiento cognitivo y funcional.
- Establecer un entorno favorable y evitar la frustración.
- Mantener una rutina diaria.
- Educar y capacitar al cuidador acerca de la enfermedad.

METODOLOGÍA

La valoración geriátrica integral es un proceso diagnóstico dirigido a identificar las capacidades y problemas clínicos, psíquicos, mentales y sociales que tiene un anciano frágil, con el objetivo de desarrollar un plan de tratamiento. Abarca desde la valoración por el médico de atención primaria hasta la evaluación de los problemas por el equipo multidisciplinar.²³ Para llevarla a cabo se realizarán entrevistas semiestructuradas a los familiares, se utilizarán diferentes instrumentos de valoración.

Las escalas tienen la ventaja de aportar mayor objetividad, cuantificar el grado de deterioro, facilitar el entendimiento entre profesionales, son útiles para la investigación clínica y son un método rápido y fácil de administrar.²³

Se han utilizado diferentes escalas, unas para valorar al cuidador y otras para el paciente:

➤ Valoración del cuidador:

- Entrevista semiestructurada: elaborada desde el punto de vista de la terapia ocupacional para valorar los posibles problemas que pueden presentar el paciente y a su familiar. Es completada por el familiar, por lo que refleja las actitudes del paciente en su día a día visto desde la perspectiva de una persona que convive con él.
- Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit: Consta de 22 ítems autoadministrados. Hemos optado por la puntuación propuesta por los autores inicialmente y por la adaptación recogida por Izal y Montorio. Se puntúa en rangos de frecuencia que van de 0 (nunca) a 4 (casi siempre).²⁴
- Cuestionario de calidad de vida relacionado con la salud WHOQOL-BREF: contiene un total de 26 preguntas. Cada ítem tiene 5 opciones de respuesta ordinales tipo Likert y todos ellos producen un perfil de cuatro áreas: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente. A mayor puntuación se corresponde con una mejor calidad de vida.²⁵

➤ Valoración del paciente:

- Mini-Examen cognoscitivo de Lobo (MEC): Es una adaptación al español del Mini-Mental State Examination (MMSE) de Folstein con la inclusión de 5 ítems adicionales. La puntuación total que se alcanza es de 35 puntos. El punto de corte para establecer deterioro cognitivo se encontraría por debajo de 24 puntos para la población geriátrica, y de 28 para el resto.²³
- BEC-96: conjunto de pruebas estandarizadas que evalúa tanto las actividades mnésicas como las demás actividades cognoscitivas, organizadoras, verbales y perceptivo-motrices.

Este test consta de 8 pruebas, cada una de las cuales se puntúan sobre 12. Siendo problemáticas aquellas áreas que tengan una puntuación por debajo de 9.²⁷

- Test del reloj: La prueba del reloj (PR) es una prueba de evaluación de cribado para deterioro cognitivo. Permite evaluar la memoria, la comprensión verbal, las facultades visuoespaciales, la planificación, el pensamiento abstracto y la concentración. Se puntúa en una escala del 0 al 10 puntos, una puntuación por debajo de 7 puntos se considera anormal.²⁸
- Clifton: se divide en dos subescalas: escala de evaluación cognitiva (CAS) consta de tres partes: test de información y orientación (IO), test de habilidad mental (HM) y test psicomotor (PM), que es el laberinto de Gibson. Escala de valoración de la conducta (BRS) mide la incapacidad conductual en las 4 áreas principales: incapacidad física (Pd), apatía (Ap), dificultades de comunicación (Cd) y perturbación social (Sd). Es cumplimentado por los familiares del paciente. Con los resultados de las dos evaluaciones obtendremos el grado de deterioro cognitivo y de conducta del paciente, con letras de A-E, siendo la A ausencia de deterioro y la E deterioro grave.²⁶
- Índice de Barthel: Evalúa 10 ABVD entre las que se incluye información sobre la movilidad. Se puntúa de 0 a 100 (90 para pacientes en silla de ruedas). Esta puntuación numérica le confiere mayor sensibilidad al cambio. Los resultados globales se agrupan en cinco categorías de dependencia: total (> 20), grave (20-35), moderada (40-55), leve (>= 60) e independiente (100).²³

OBJETIVO DEL TRABAJO

Con este trabajo fin de grado el propósito es demostrar la eficacia del tratamiento de TO en un caso de demencia tipo Alzheimer. Para ello nos vamos a centrar en aspectos de la vida diaria de la persona, en actividades tanto básicas como instrumentales. Se van a trabajar en gran medida las capacidades residuales de la paciente, realizando diferentes actividades para ejercitar la memoria, el cálculo y otros problemas que presenta.

El tratamiento se ha llevado a cabo en el domicilio de una de las hijas de la paciente, para poder aportar soluciones a las dudas que tenga la cuidadora. Así también vamos a poder observar a la usuaria en su entorno cotidiano y evaluar cómo se desenvuelve a la hora de solucionar problemas que le surjan.

PRESENTACIÓN DEL CASO

N.C.O. es una mujer de 76 años que vive en Murchante, un pueblo de Navarra. Es viuda, tiene 3 hijos, 5 nietos y 1 biznieto. Vive en casa de sus hijos: para dormir y hasta la hora de comer vive con una de sus hijas y desde la hora de comer hasta la noche vive con su otra hija.

Diagnosticada de demencia tipo Alzheimer hace 10 años, presentando una evolución lenta pero progresiva. No es consciente de su enfermedad, por lo que intenta disimular los olvidos y demostrar continuamente que es capaz de recordar cosas.

Le gusta acudir al centro de jubilados del pueblo, ya que todos los jueves juegan al bingo y es una actividad que le entusiasma. En ocasiones, tiene problemas para interactuar en otras actividades con las personas que se encuentran allí debido a sus problemas cognitivos.

Anteriormente era ama de casa, por lo que tiene una gran devoción por realizar actividades domésticas. Ayuda a sus hijas en las tareas del hogar siempre que ellas se lo piden y siendo supervisada.

Le encanta interactuar con las personas, pero algunas de sus relaciones interpersonales se han visto degradadas debido a los cambios que ha sufrido en los últimos años.

TRATAMIENTO DESDE TERAPIA OCUPACIONAL

El tratamiento desde TO de esta paciente se ha llevado a cabo en la casa de una de sus hijas. Hemos trabajado tanto con el paciente como con el cuidador. La duración total ha sido de tres meses, en los que se han realizado 12 sesiones de una hora con la paciente (una vez a la semana). Después de cada una de las sesiones, hablábamos durante media hora con la hija para responder preguntas y proponer nuevas opciones a problemas existentes.

Las actividades llevadas a cabo con la paciente han sido:

- Trabajar las capacidades mentales: memoria, praxis y gnosis, lenguaje, cálculo y funciones ejecutivas por medio de fichas.
- Adiestrar las AVD instrumentales dentro de casa: un día ayudamos a su hija a preparar la comida (pelamos ajos, damos vuelta a la comida, echamos sal y otras especias), todos los días poníamos la mesa para comer, un día preparamos la ensalada (echamos la lechuga, cortamos tomate, pepino y cebolla y aliñamos la ensalada).
- Adiestrar AVD instrumentales fuera de casa: realizamos diferentes recorridos por el pueblo que son los que ella utiliza a diario (de casa

de una de sus hijas a la otra, de casa al club de jubilados, de casa a la tienda...)

Las actividades realizadas con la cuidadora han sido:

- Responder a preguntas y dudas que tenga acerca de la enfermedad y problemas que han surgido.
- Propusimos poner a una persona que la acompaña a dar un paseo y otras actividades los domingos por la tarde, para potenciar sus relaciones interpersonales.
- Propusimos que la paciente ayudara en las tareas del hogar siempre que fuera posible, pidiéndole que lo hiciera y supervisándola.
- Confeccionamos un horario de rutinas diarias para que la paciente siguiera un orden en sus actividades tanto básicas como instrumentales de la vida diaria, siendo los cuidadores quien le recordaran que las debía realizar.
- Propusimos que la paciente acudiera a un centro en el que se realizan actividades para personas con déficit similares a los de la paciente.

Propusimos que todos los días se realizarían con la paciente ejercicios para potenciar sus capacidades mentales.

EVALUACIÓN INICIAL

Realizamos una evaluación inicial del paciente y del cuidador utilizando diferentes instrumentos estandarizados:

- Entrevista semiestructurada: fue cumplimentada por el cuidador acerca de características del paciente. Obtuvimos información sobre la vida de la paciente, funciones perdidas y conservadas, aficiones, gustos, etc.
- Valoración inicial del paciente: (ver tabla 1)
 - MEC: obtuvo una puntuación de 14/35. Mostrando problemas en las áreas de orientación, concentración y cálculo y memoria. (ver gráfica 1)
 - BEC 96: obtuvo una puntuación de 29/96. Además reflejó grandes problemas en las áreas de orientación, recuerdos y visuo-construcción. (ver gráfica 2)
 - Test del reloj: obtuvo 2 puntos, lo que indica un déficit severo. Al realizarlo por copia obtuvo 7 puntos.
 - Clifton: la puntuación del CAS (cognitivo) es deterioro medio o moderado, la puntuación de BRS (conductual) es deterioro

- ligero. La puntuación del conjunto nos reflejó un deterioro ligero. (ver grafica 3 y 4)
- Índice de Barthel: tuvimos algún problema al realizar la evaluación con este instrumento, ya que no nos fue posible visualizar las áreas que evalúa con nuestros propios ojos. Les preguntamos a sus dos hijas (con las que convive diariamente): una de ellas nos dijo que todo lo hacía bien, mientras que la otra nos indico algunos puntos en los que fallaba. Finalmente, con las opiniones de las dos hijas y observando nosotros mismos algunos ítems (en la medida de lo posible), consiguió una puntuación de 85/100.
 - Valoración inicial del cuidador: (ver tabla 2)
 - Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit: obtuvo una puntuación de 47/110. Lo que refleja una sobrecarga leve.
 - WHOQOL-BREF: obtuvo una puntuación de 93 puntos sobre 130, lo que supone un resultado de 72 sobre 100. En las cuatro áreas en las que se divide la escala obtuvo la siguiente puntuación: salud física (SF) 86/100, salud psicológica (SP) 77/100, relaciones sociales (RS) 73/100 y ambiente (A) 73/100. Todos estos resultados reflejan que tiene una calidad de vida normal. (ver grafica 5)

DESARROLLO

OBJETIVOS OPERATIVOS

- Mantener la puntuación del Clifton.
- Mantener el resultado del BEC-96.
- Mantener la puntuación del índice de Barthel.
- Mantener el resultado del MEC.
- Mantener el resultado del test del reloj.
- Mejorar la sobrecarga del cuidador.
- Mejorar la calidad de vida del cuidador.

REEVALUACIÓN

Tras el periodo de tratamiento (3 meses) realizamos una reevaluación, tanto al paciente como al cuidador, utilizando los mismos instrumentos estandarizados, y obtuvimos los siguientes resultados:

- Reevaluación del paciente: (ver tabla 1)
 - MEC: obtuvo una puntuación de 15/35. Mostrando problemas en las mismas áreas que en la evaluación inicial. (ver gráfica 1)
 - BEC 96: obtuvo una puntuación de 34/96. Mostrando una gran mejora en la manipulación mental, pero presentando problemas en las mismas áreas que en la evaluación inicial. (ver gráfica 2)
 - Test del reloj: obtuvo 2 puntos, indicando déficit severo. Por copia obtuvo una puntuación de 5.
 - Clifton: la puntuación del CAS (cognitivo) fue deterioro medio o moderado, la puntuación de BRS (conductual) fue ausencia de deterioro. La puntuación del conjunto nos reflejó un deterioro ligero. (ver gráfica 3 y 4)
 - Barthel: obtuvo una puntuación de 85/100. Presentando problemas en alimentación, lavado y vestido.
- Reevaluación del cuidador: (ver tabla 2)
 - Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit: obtuvo una puntuación de 41/110. Lo que refleja ausencia de sobrecarga.
 - WHOQOL-BREF: obtuvo una puntuación de 103 puntos sobre 130, lo que supone un resultado de 79 sobre 100. En las cuatro áreas en las que se divide la escala obtuvo la siguiente puntuación: salud física (SF) 89/100, salud psicológica (SP) 87/100, relaciones sociales (RS) 87/100 y ambiente (A) 83/100. Todos estos resultados reflejan que tiene una buena calidad de vida. (ver gráfica 5)

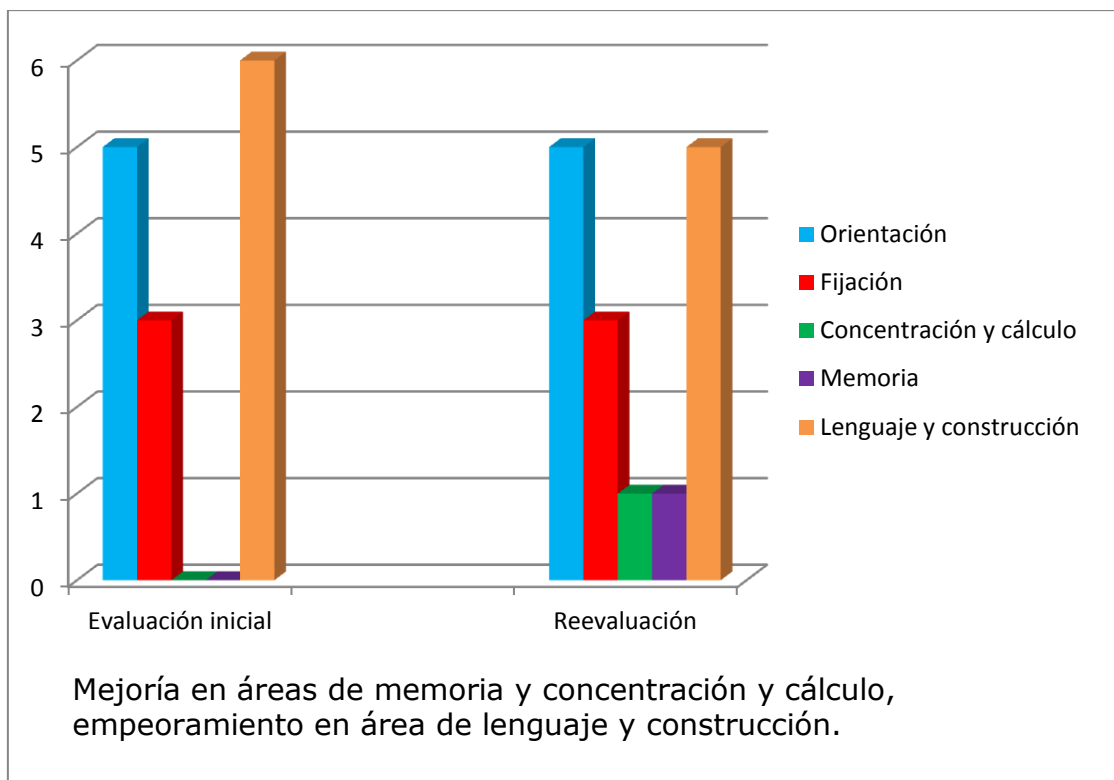
TABLA 1: RESULTADOS DEL PACIENTE

	RESULTADOS INICIALES	RESULTADOS FINALES
MEC	14/35	15/35
BEC 96	29/96	34/96
Test del reloj	2 (por copia: 7)	2 (por copia 5)
Clifton	Deterioro ligero CAS: deterioro medio BRS: deterioro ligero	Deterioro ligero CAS: deterioro medio BRS: ausencia de deterioro
Barthel	85/100	85/100

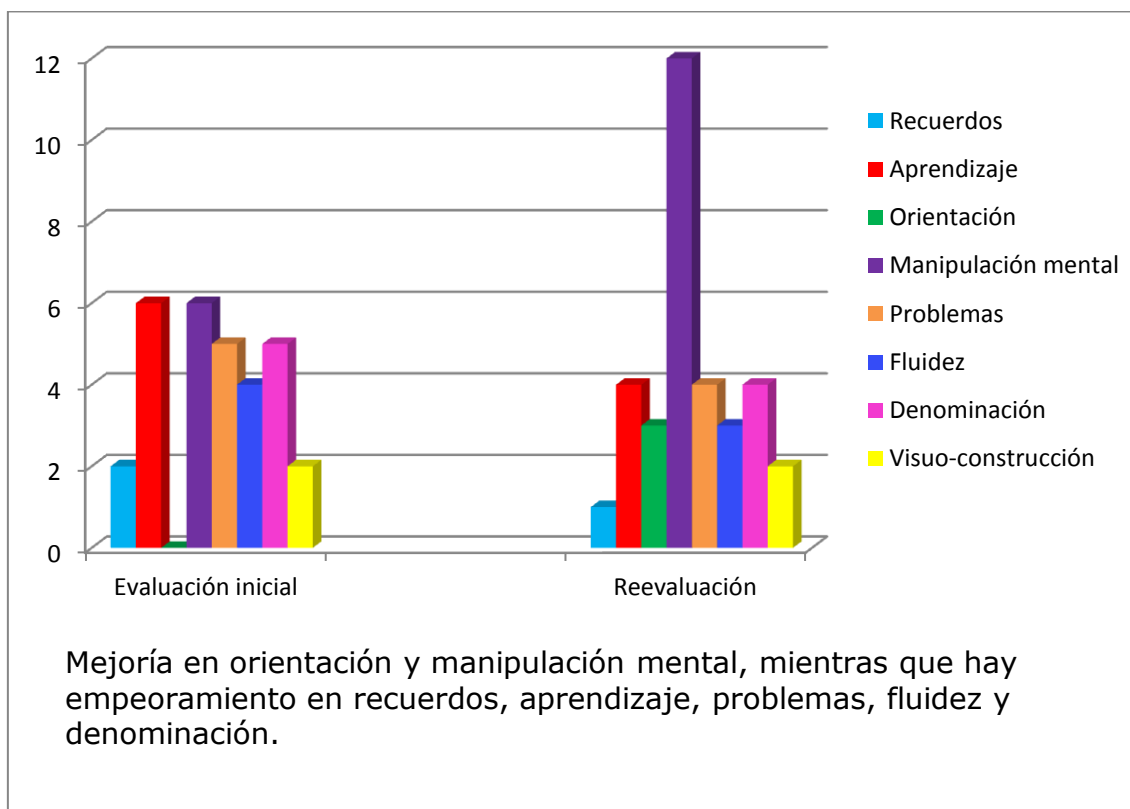
TABLA 2: RESULTADOS DEL CUIDADOR

	RESULTADOS INICIALES	RESULTADOS FINALES
Zarit	47/110	41/110
WHOQOL-BREF	72/100 SF 86/100 SP 77/100 RS 73/100 A 73/100	79/100 SF 89/100 SP 87/100 RS 87/100 A 83/100

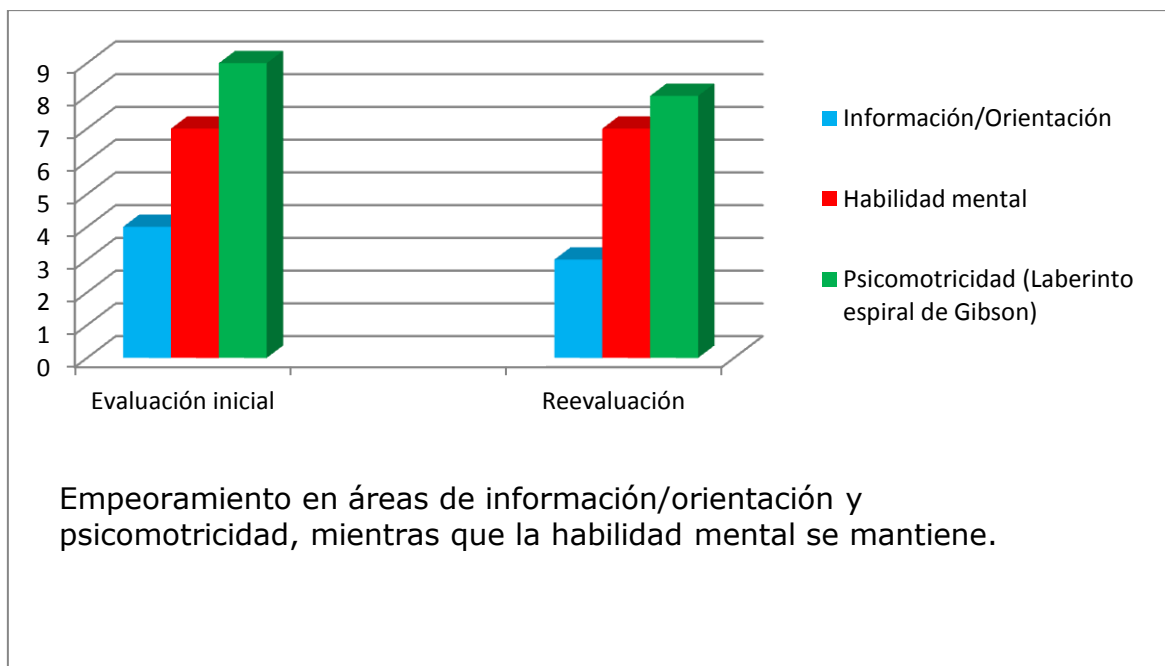
Grafica 1: Resultados MEC



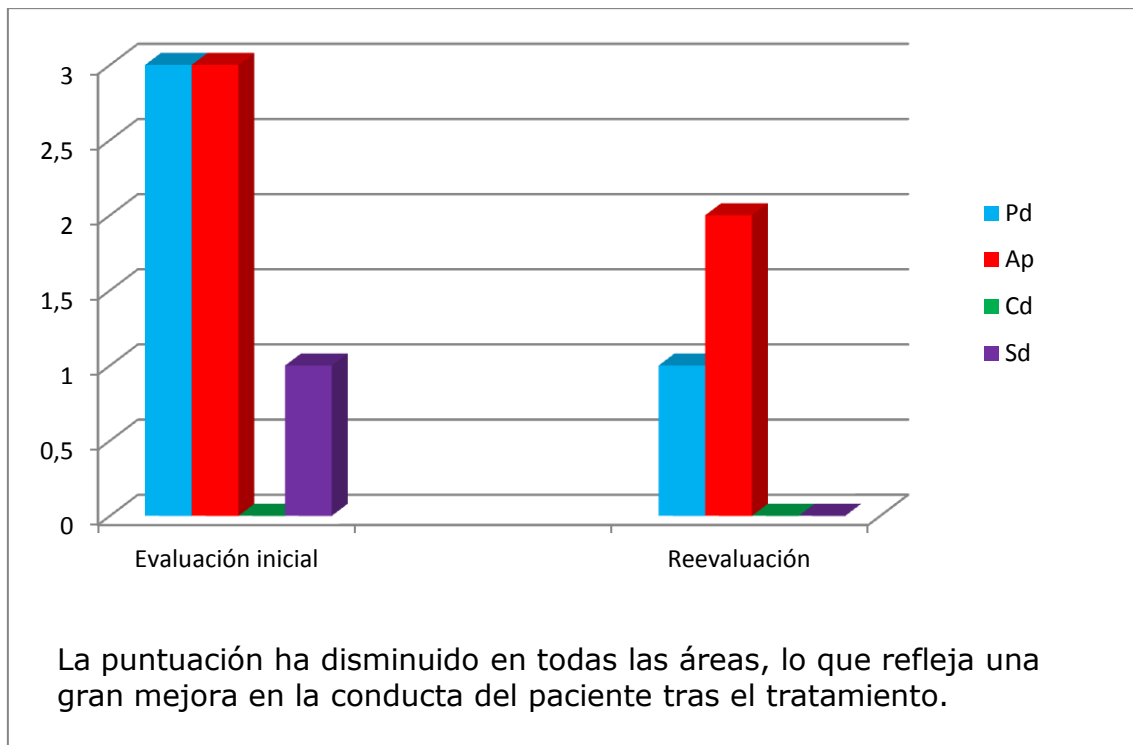
Grafica 2: Resultados BEC 96



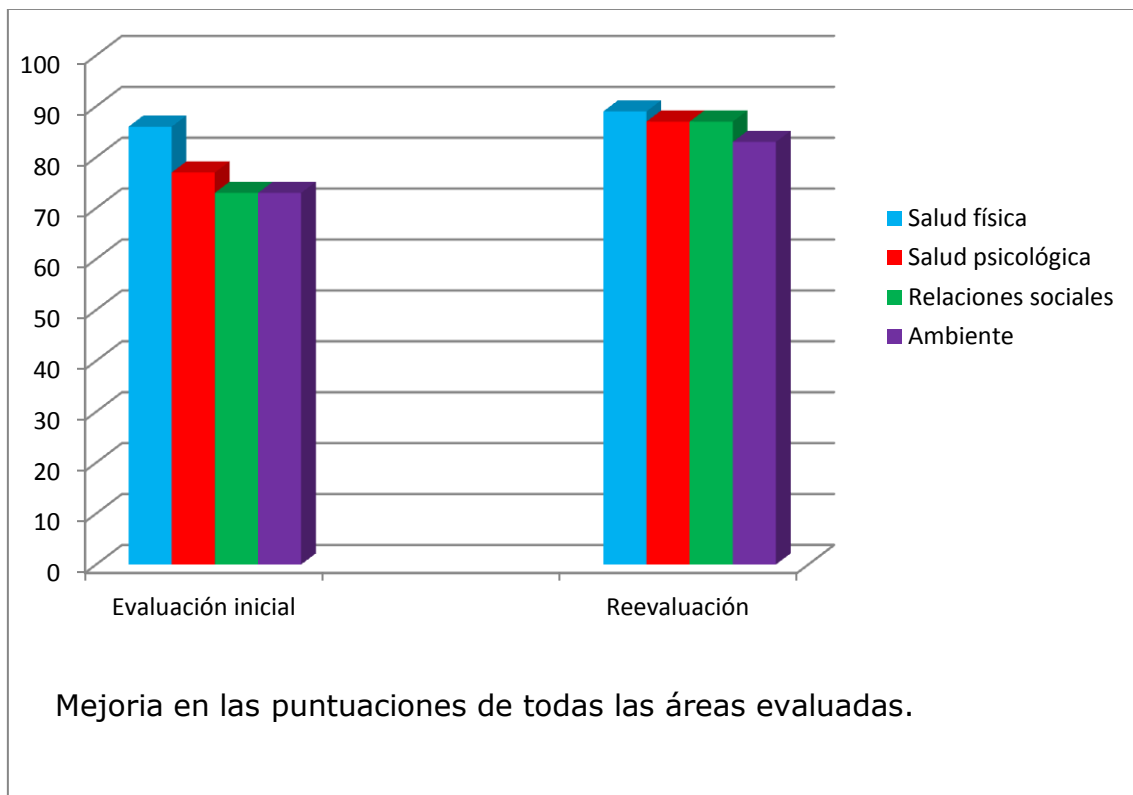
Grafica 3: Resultados Clifton (CAS)



Grafica 4: Resultados Clifton (BRS)



Grafica 5: Resultados WHOQOL-BREF



Los objetivos expuestos antes del inicio del tratamiento (generales y específicos) se han llevado a cabo satisfactoriamente. En cuanto a los objetivos operativos, la mayoría se han cumplido, incluso se ha mejorado la puntuación en algunas de las valoraciones, como MEC y BEC 96.

Tras comparar todos los resultados obtenidos, concluimos que ha habido una mejoría en las capacidades cognitivas y conductuales del paciente desde el inicio de la intervención.

En relación a los resultados obtenidos del cuidador, reflejan una clara mejora tanto en la calidad de vida como en la sobrecarga.

CONCLUSIONES

Los problemas que nos han surgido a la hora de llevar a cabo este trabajo han sido:

- Como hemos mencionado anteriormente, tuvimos algunos problemas pasar el índice de Barthel, debido a las distintas opiniones de las hijas de la paciente, por lo que tuvimos que realizar la escala con los medios de los que disponíamos, lo que refleja que la puntuación no es del todo fiable.
- Por otra parte, en un principio elegimos como instrumento de calidad de vida el SF-36, pero nos fue imposible llevarlo a cabo debido a que necesitábamos un programa estadístico que no nos han enseñado a utilizar. Como solución al problema decidimos utilizar la escala WHOWOL-BREF, ya que nos era posible obtener los resultados sin necesidad de ningún programa informático.

La demencia es un problema de salud importante, por lo que se deben realizar acciones que minimicen el impacto de esta enfermedad tanto en el paciente como en su entorno familiar.

Los resultados obtenidos en este trabajo reflejan que el tratamiento de terapia ocupacional puede ser beneficioso y producir cambios positivos tanto en el enfermo como en su cuidador.

BIBLIOGRAFIA

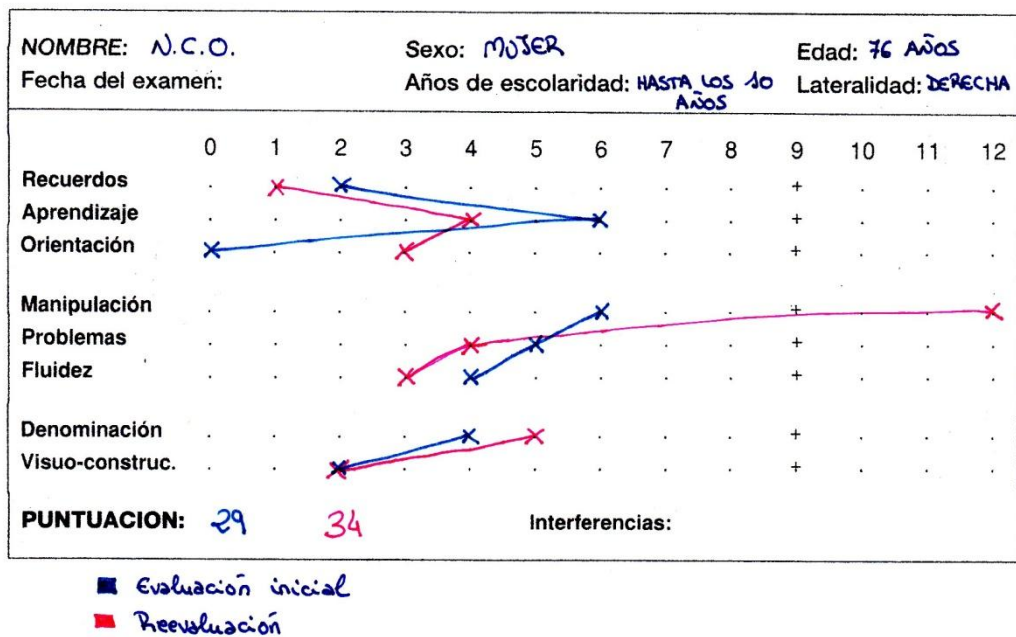
1. Castagnola G, Manes F. Diagnóstico diferencial de las demencias en la práctica clínica. *Acta Psiquiátr Psicol (Am Lat)*. 2008, 54(4):236-49
2. National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS). Demencias: esperanza en la investigación [sede web]. United States of America: NINDS; 2006 [actualizada el 12 de febrero de 2010; acceso 26 de febrero 2013]. Disponible en: http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/las_demencias.htm
3. Brañas Baztán F, Serra Rexach JA. Orientación y tratamiento del anciano con demencia. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2002; 26:65-77
4. Lucas Carrasco R. Calidad de vida y demencia. *Med Clin (Barc)*. 2007; 182(2): 70-5
5. Pérez Perdomo M. Orientaciones para una mejor atención de los ancianos con Alzheimer en la comunidad. *Rev Haban Cienc Med*. 2008; 7(4)
6. Rodríguez del Álamo A. Sobrecarga psicofísica en familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer. Causas, problemas y soluciones [sede web]. España: psicología-online.com; 2004 [acceso 27 de febrero de 2013]. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/delalamo/alzheimer.shtml>
7. B First M, Alan Pincus H, Frances A. DSM IV-TR: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 1ªed. Barcelona: Masson; 2002
8. Limón Ramírez E, Argimon Pallàs JM. Demencia, deterioro cognitivo leve y valores poblacionales de referencia. *Med Clin (Barc)*. 2004; 122(19): 744-5
9. Donoso A. Demencias: perspectiva del fin de siglo. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*. 2001; 39(1): 20-1
10. Carrillo-Alcalá ME, Bermejo-Pareja F. Demencia en nonagenarios. Revisión sistemática de estudios poblacionales con datos de España. *Rev Neurol*. 2008; 47(7): 347-54
11. Martinez-Lage JM, Martinez-Lage P. Educación, reserva cerebral y factores de riesgo de demencia y enfermedad de Alzheimer. *Rev Clin (Barc)*. 2001; 116: 418-21

12. Aldana G, Guarino L. Sobrecarga, afrontamiento y salud en cuidadoras de pacientes con demencia tipo Alzheimer. Summa Psic UST. 2012; 9(1): 5-14
13. Fernández Lamas A. Las actividades básicas de la vida diaria en personas con Alzheimer. Intervención de terapia ocupacional. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2011 [acceso 27 de febrero de 2013]; 8(13): [10 p.]. Disponible en:
<http://www.revistatog.com/num13/pdfs/caso1.pdf>
14. Matilla Mora R. Intervención en el domicilio del anciano desde la terapia ocupacional [sede web]. España: terapia-ocupacional.com; Mayo 2008 [acceso 26 de febrero de 2013]. Disponible en:
http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Domicilio_anciano_terapia_ocupacional.shtml
15. Corcoran MA, Gitlin LN. Dementia management: an occupational therapy home-based intervention for caregivers. Am J Occup Ther. 1992; 46: 801-8
16. Bermejo Caja C, Martínez Marcos M. Factores, necesidades y motivaciones de los cuidadores principales que influyen en el mantenimiento del cuidado de las personas dependientes en el núcleo familiar. Nure Investigación [revista en Internet]. 2005 [acceso 25 de febrero de 2013]; 11: [8 p.]. Disponible en:
http://www.fuden.es/proyectos_detalle.cfm?id_INV_NURE=34
17. Ribas J, Castel A, Escalada B, Ugas L, Grau C, Magarolas R et al. Trastornos psicopatológicos del cuidador principal no profesional de pacientes ancianos. Rev Psiquiatr Fac Med (Barc). 2000; 27(3): 131-4
18. Roig MV, Abengózar MC, Serra E. La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer. Anal Psic. 1998; 14(2): 215-27
19. R del Álamo A. La sobrecarga del cuidador. Factores de riesgo de sobrecarga en los familiares cuidadores de Alzheimer [sede web]. Madrid: AFAL; 2005 [acceso 25 de febrero de 2013]. Disponible en:
http://www.afal.es/EPORTAL_DOCS/GENERAL/AFALV3/DOC-cw46025b609bb5a/Lasobrecargadelcuidador.pdf
20. Llibre Guerra JC, Guerra Hernández MA, Perera Miniet E. Enfoque, diagnóstico y tratamiento a un paciente con demencia en la atención primaria de salud. Rev Cuba Med Gen Integr. 2008; 24(2)

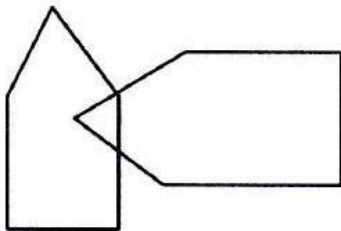
21. Haro I. Abordajes no farmacológicos de las alteraciones del comportamiento en los pacientes con demencia. Rev Hosp [revista en Internet]. 2003 [acceso 26 de febrero de 2013]; 2º trimestre (172). Disponible en:
http://www.revistahospitalarias.org/info_2003/02_172_05.htm
22. Carly R. Hellen. Working with elders who have dementia and Alzheimer's disease. In: Helene Lohman, René L. Padilla, Sue Byers-Connon, editors. Occupational therapy with elders: strategies for the COTA. United States of America: Mosby; 1998. P.224-34
23. Baztán Cortés JJ, Hornillos Calvo M, Rodríguez Valcarce AM. Valoración geriátrica en atención primaria. Rev Semer. 2000; 26(2): 77-89
24. Montorio I, Izal M, López A, Sánchez M. La entrevista de Carga del Cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. Anal Psic. 1998; 14(2): 229-48
25. Gaspar Navarro, Olga; Pelayo Bando, Salud; González Jiménez, Alberto. Calidad de vida y necesidades de formación en cuidadoras inmigrantes de personas dependientes. Biblioteca Lascasas [sede web]. 2011 [acceso 10 de junio de 2013]; 7(1). Disponible en:
<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0572.php>
26. Pattie AH, Gilleard CJ. CLIFTON: procedimiento para evaluación de ancianos. Madrid: TEA Ediciones; 2000
27. Signoret JL, Allard M, Benoit N, Bolgert F, Bonvarlet M, Eustache F. B.E.C Evaluation des troubles de mémoire et des désordres cognitifs associés. París: Ipsen; 1998
28. Latini MF, Scharovsky D, Glaser A, Brugger R, Zorrilla JP, Sousa L et al. El test del reloj: reproducibilidad, consistencia interna y variables predictivas de la prueba del reloj utilizando el método de puntuación de Cacho. Analisis de 985 relojes. Nurol Arg. 2011; 3(2): 83-7

ANEXO 1: comparación resultados BEC 96

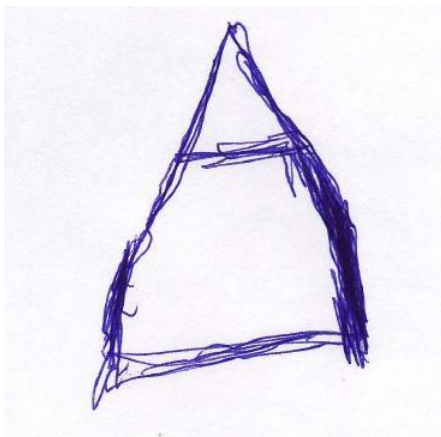
B.E.C. 96



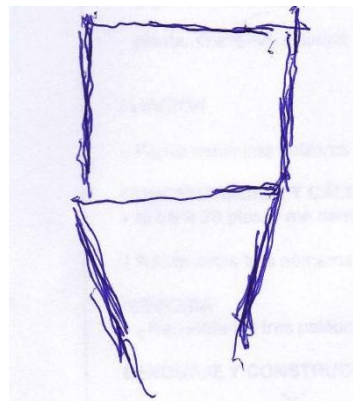
ANEXO 2: comparación resultados MEC (visuo-construcción)



Evaluación inicial



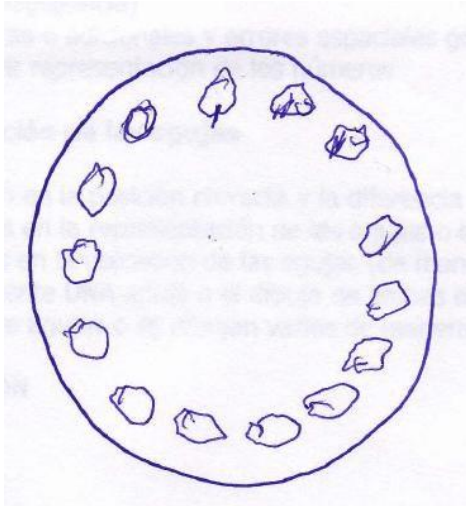
Reevaluación



ANEXO 3: comparación resultados test del reloj

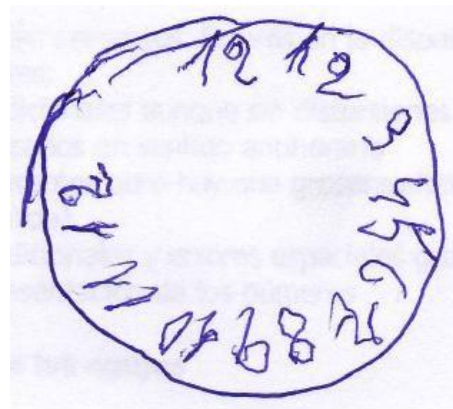
Evaluación inicial

Por copia:




Reevaluación

Por copia:



ANEXO 4: comparación resultados Clifton

CAS (azul: evaluación inicial; rosa: reevaluación)



PROCEDIMIENTOS PARA EVALUACIÓN DE ANCIANOS

ESCALA DE EVALUACIÓN COGNITIVA (CAS)

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: 25/12/1936

DOMICILIO: _____

Ocupación: Jubilada ESTADO CIVIL: Viuda

EVALUADO POR: PAULA MAGAÑA HERNÁNDEZ FECHA: 16/03/2013
11/06/2013

1. INFORMACIÓN/ORIENTACIÓN

Nombre	✓ ✓	Edad	77 (76) × ×	Fecha de nacimiento	25/12/1936 (1936) × ×
Pabellón/Lugar	CASA CHARO ✓ ✓	Centro/Dirección	CONDE 109 (SU ANTIGUA CASA) × ×	Ciudad	MURCHANTE ✓ ✓
Presidente del Gobierno	× ×	Nombre del Rey	× ×	Colores de la bandera española	ROJO, AMARILLO ✓ ROJO Y BLANCO ×
Día	× ×	Mes	NOVIEMBRE × ENERO ×	Año	2010 × ×

PUNTUACIÓN IO 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
MARCAR EL Nº DE RESPUESTAS CORRECTAS

2. HABILIDAD MENTAL

CONTAR DE 1 A 20 Tiempo: <u>11'44 seg</u> Errores: <u>8 seg</u> ≤ 11 segundos sin errores = 3 puntos ≤ 31 segundos sin errores = 2 puntos ≤ 31 segundos con 1 error = 1 punto 0 puntos	ALFABETO Tiempo: <u>24'02 seg</u> Errores: <u>21 seg</u> ≤ 11 segundos sin errores = 3 puntos ≤ 31 segundos sin errores = 2 puntos ≤ 31 segundos con 1 error = 1 punto 0 puntos
ESCRIBIR EL NOMBRE Correcto y legible = 2 puntos Lo escribe pero incorrectamente = 1 punto No puede hacerlo = 0 puntos	LEER (ver el dorso) 10 o más palabras = 3 puntos 6 a 9 palabras = 2 puntos 1 a 5 palabras = 1 punto 0 palabras = 0 puntos

PUNTUACIÓN HM 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
MARCAR EL Nº DE PUNTOS OBTENIDOS

3. PSICOMOTRICIDAD

Tiempo: 1 min 14 seg Errores: 34 tiempo: 3 min 51 seg Errores: 33

Errores	0-12	13-24	25-36	37-48	49-60	61-72	73-84	85-96	96 o MÁS	INCOMPLETO	FRACASO
Puntos	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0

Añadir 2 puntos si lo hace en 60 segundos o menos
Añadir 1 punto si lo hace en 120 segundos o menos

Copyright © 1997 by TEA Ediciones, S.A. - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Este ejemplar está impreso en tintas violeta y verde. Si le presentan otro en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Printed in Spain. Impreso en España por Imp. Casillas; Agustín Calvo, 47; 28043 MADRID. - Depósito legal: M - 2680 - 1997.

Laberinto espiral de Gibson (gris: evaluación inicial; rosa: reevaluación)

Clifton
LABERINTO ESPIRAL DE GIBSON

Nombre _____

Edad 46 años

Tiempo 3'51"
1'14"

Errores 33
31



Copyright © 1961 by H.B. Gibson - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Este ejemplar está impreso en tinta violeta. Si le presentan otro en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Printed in Spain.